

**Maria Kozakowska**

**Uniwersytet Jagielloński**

## **SZTUKA RELACJI: TEATR – PRACA SOCJALNA**

### **WSPÓŁTWORZENIE GRUPY TEATRALNEJ PRZEZ OSOBY CHORUJĄCE PSYCHICZNIE JAKO KREATYWNA FORMA UPODMIOTOWIANIA**

#### **Abstract**

**The art of relations: theatre – social work. Co-creation of a theatrical group by mentally ill persons as a creative form of empowerment**

This article aims to recognize the potential of theatre in the process of social work in Poland, taking into account the perspective of globally-used solutions as well as local conditions that mentally ill persons find themselves in. The results presented here originate from a qualitative study based on the method of participatory observation as well as interviews with members and creators of four polish theatres aim to show the role that belonging to a theatrical group plays in the process of empowerment. The research findings suggest that it is possible to treat the co-creation of theatrical groups by persons suffering from mental illnesses as a form of a social rehabilitation, underlining the meaning of self-determination, the sensation of having influence, the development of relationships as well as the possibility of identification with the status of an actor despite the increasing symptoms of illnesses. The experience of theatre, which helps to create the reality of human condition, carries with itself not just the reflection on a certain intangibility of the contact between a social worker and a client, the deeply human imperative of help, but foremost the revelation of an inner covenant between social work and art, being fulfilled in unceasing improvement and the search for better ways to communicate.

**Key words:** theatrical group, mental illness, arts-informed social work, empowerment, qualitative research

#### **Wprowadzenie**

Teatr i pomoc społeczna to silnie zakotwiczone w kulturze struktury, które z jednej strony cechuje dynamizm, z drugiej zaś stabilność w podziale czynności. Ich sens ujawnia się w interakcji, toteż najbardziej istotne wydaje się charakteryzowanie tych dwóch zwierciadeł kondycji społeczeństwa przez pryzmat wspólnotowego procesu. Upodmiotowienie, podtrzymywanie ładu, ale też wspieranie i stymulowanie zmian, będące podstawowym zadaniem tak teatru, jak i pracy socjalnej, zdają się największą sztuką wówczas, gdy dotykają przestrzeni ekstremalnie biernych.

Będąc skutkiem stygmatyzacji znacząca nieobecność chorujących psychicznie na rynku pracy – głównej przestrzeni dla aktywności każdego dorosłego człowieka (Raport PFRON 2009) – wespół z rzadkim doświadczeniem założenia rodziny sprawiają, że osoby te zdają się niezauważalnie funkcjonować w społeczeństwie. Egzystencję osób z zaburzeniami psychicznymi definiuje samotność, która na tle innych niepełnosprawności manifestuje się najsilniej (Raport SWPS 2010). Negatywny wizerunek chorujących, podsycany przez tabloidowe media i obecne w wytworach kultury stereotypy, skutkuje wysokim stopniem niechęci członków polskiego społeczeństwa do świadomego wchodzenia w interakcję z osobą po kryzysie psychicznym (CBOS 2008). Pozostawanie w nastającej na godność człowieka przestrzeni bez wpływu zdaje się najważniejszą przyczyną, dla której osoby z zaburzeniami psychicznymi zostają podmiotami w procesie pomocowym. Pracownik socjalny działający na rzecz społecznej spójności winien mobilizować wszystkie dostępne zasoby materialne, emocjonalne, ale też symboliczne – a więc stawać się agentem zmiany poszukującym remedium na niską jakość życia podopiecznych. Mimo wielu ogólnokrajowych inicjatyw mających na celu zwiększenie udziału chorujących psychicznie w życiu społecznym, takich jak Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego czy Porozumienie na Rzecz Zatrudnienia Wspomaganego, perspektywa integracji ze względu na niedostatki finansowe pozostaje jedynie formalną deklaracją (Economist Intelligence Unit 2014). Gorzka paralela braku koniecznego zabezpieczenia finansowego i pozwalającej na autonomię stabilności ekonomicznej jawi się nie tylko jako wynik kosztownej tendencji do takiej redystrybucji środków, która miast form leczenia środowiskowego, promuje kompleksy szpitalne. Jest też sytuacją pozbawiania mocy samych chorujących oraz wszystkich oddanych sprawie, którą pracownik socjalny ma za zadanie twórczo przekształcić. Widoczna choćby powyżej taktyka opuszczania kurtyny obojętności na kwestię aktywizacji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi przenika wszystkie płaszczyzny działań wspierających chorujących psychicznie, będąc dużym utrudnieniem w mobilizowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi do poprawy swojej sytuacji. Trawestując hierarchię stosunku mocy do zaangażowania Etzonia, można by uznać, że w obliczu obecnych ograniczeń ścieżką eksponującą kreatywność i niezależność pracy socjalnej z tą grupą beneficjentów jest orientacja na wsparcie – zakotwiczone symbolicznie i emocjonalnie. Warto jednak pamiętać, by orientacja ta była komplementarna wobec bardziej pragmatycznych wysiłków względem promowania zdrowia psychicznego w środowisku.

Twórcze nachylenie, mimo swej dyskrecji, paradoksalnie nie umniejsza rangi pracy socjalnej – przeciwnie, eksponuje źródła jej definicji, wolne od powiązań z udzielaniem finansowego wsparcia. Wskazuje ono na organiczny związek pomagania z etyką i estetyką, bez których sens idei pomocy byłby mocno nadwątłony. Odpowiedzialnie stawia też czoła sytuacji, w której mimo intensywnych przemian dotyczących wielu dziedzin życia, recepcja choroby psychicznej, wciąż najczęściej zostaje zapośredniczona przez udaremniające wspólnotowy dialog, demonizujące, symboliczne wyobrażenia (por. Brodński 2000; Hinshaw 2007: 62–63).

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie aktywności teatralnej osób z zaburzeniami psychicznymi jako interesującego dla profesjonalizującej się w Polsce pracy

socjalnej kontekstu umacniania, w którym troska o jakość procesu pomocowego wyraża się w aktywnym towarzyszeniu beneficjentom pomocy społecznej. Za kanwę rozważań dla przedstawienia teatru jako adekwatnej metodycznie przestrzeni upodmiotowienia osób z zaburzeniami psychicznymi służą autorskie badania jakościowe realizowane w największych miastach Polski (Kraków, Warszawa, Wrocław), którymi zostały objęte cztery grupy teatralne skupiające osoby chorujące psychicznie. Tło teoretyczne stanowi natomiast światowa perspektywa pluralistycznej pracy socjalnej, korzystającej z dorobku teatru, oraz transdyscyplinarny nurt *health humanities*.

## Praca socjalna i teatr – dialog ponad granicami

Wielowymiarowość, interdyscyplinarność, a także obecna w praktyce pracy socjalnej orientacja na dostrzeganie twórczych sił w człowieku i społeczeństwie są również widoczne na gruncie definicji, których autorzy, mimo promowania różnych modeli pracy socjalnej, wskazują jakoby sztuka leżała w jej naturze (Richmond 2014; England 1986; Siporin 2009). Trudno zgodzić się ze stwierdzeniem, że wszyscy teoretycy i praktycy akcentują artyzm pracy socjalnej, jednak nawet przeciwnicy tego wymiaru prospołecznej działalności nie mogą pominąć spłotu istotnych dla cywilizacji Zachodu okoliczności. Narodziny XX wieku sygnowała bowiem nie tylko daleka od ideałów humanizmu koncepcja taylorizmu, ale też psychodrama Moreno, która wraz z prezentacją budzącej duże zainteresowanie idei psychoanalizy zdaje się rezonować z kształtowaniem podwalin teoretycznych pracy socjalnej.

Kiedy jasne stają się związki teatru i pracy socjalnej, a paralelne doświadczenie eksponowania konieczności dialogu wewnętrznego, grupowego czy środowiskowego na podstawie fizycznej współobecności przestaje budzić wątpliwości, warto zaznaczyć, że perspektywa profesjonalnej pomocy nakazuje postrzegać teatr jako odbudowujące podmiotowość i sprawczość narzędzie. Pracownicy socjalni, choć nie wahają się wydobywać tkwiących w medium możliwości, korzystają najczęściej z podstawowych elementów umożliwiających zbudowanie bezpiecznej przestrzeni komunikacji; analizowanie semantycznej struktury budowy dzieła teatralnego pozostawiają estetykom i krytykom teatralnym.

Pracownicy służb społecznych na całym świecie wykorzystują praktykę dramy i oferowane przez teatr środki, by zmiana społeczna stawała się faktem. W Finlandii doświadczenia płynące ze sztuki Melpomeny ubogaciły pracę socjalną o nowy kontekst pracy z imigrantami, czego przykładem może być realizacja przedstawienia bazującego na narodowym finlandzkim eposie *Kalevala*, który stał się wspólnym dziełem multikulturowego grona profesjonalistów i amatorów (Westerling, Karvinen-Niinikoski 2010). Fenomenem uprawiania oddolnej pracy socjalnej, bez teoretycznego zaplecza dyscypliny, jest Natya Chetana – Teatr Przebudzenia, egzekwujący ideę sprawiedliwości społecznej w zamieszkaną przez różnorodne kulturowo plemiona wiejskiej społeczności wschodniej części Indii (Patnaik 2008: 301). Budowanie solidarności poprzez wykorzystywanie

lokalnych kontekstów i sprzęganie ich z mechanizmami teatralnymi stanowi nie tylko sposób poszukiwania możliwych rozwiązań istotnych dla danego regionu problemów, ale też bywa przejawem wznoszenia mostów między wieloma dziedzinami wiedzy.

Taką propozycją jest akcentująca społeczno-kulturowy wymiar niepełnosprawności perspektywa *health humanities*, która korzystając z mocnej pozycji wyspecjalizowanej, zracjonalizowanej medycyny, proponuje jej reorientację na poszukiwanie odpowiedzi: co czyni nas w pełni ludźmi (Crawford i in. 2010: 5). Demokratyzując praktyki terapeutyczne, by lepiej rozumieć unikalne doświadczenie cierpienia i kształtować postawę zaangażowania społecznego, zawiązuje współpracę lekarzy, filozofów, artystów, pracowników socjalnych czy pielęgniarek (Shirley 2012), którzy aktywnie korzystają z dorobku sztuki (Biley, Galvin 2007: 806), etyki i filozofii (Garden 2015) czy socjologii (Greaves, Evans 2000). Równouprawnienie naukowców, adeptów, praktyków i doświadczeń chorujących, nawet doświadczeń zapośredniczonych przez fabularyzowane narracje, wyrosło z koncepcji *medical humanities*, w której szczególnie silnie wybrzmiewała konieczność interdyscyplinarnej wspólnoty na rzecz wdrażania rozwiązań z zakresu zdrowia publicznego.

Dzieje się tak w Afryce: tam pracownicy socjalni wraz z psychologami działają w obliczu palącej kwestii HIV/AIDS. Posługują się oni teatrem jako specyficznym sposobem prewencji, edukowania rodzin czy grup, ale też mechanizmem doradztwa uruchamiającego środowiskową refleksję (por. Mupedziswa 1998; Sliep 2006). Troska o człowieka eksponująca społeczny, a także fizyczny wymiar zdrowia, widoczna jest również w pracy socjalnej z osobami chorującymi psychicznie, gdzie wykorzystywanie teatralnego zaplecza staje się impulsem do kreowania bezpiecznej przestrzeni rozwoju i komunikacji. Typ teatru stosowanego nie tylko jako wyrosła z pracy socjalnej instytucja, ale też usługa pomocy społecznej pojawia się choćby w krajach skandynawskich; obejmuje działaniem dzieci z niepełnosprawnością intelektualną (Gjaerum i in. 2010). Connie Hargrave doświadczenie pracy socjalnej z chorującymi psychicznie przeniosła na scenę, zakładając Terrific Theatre. Do dziś skupia on osoby doświadczające mentalnych czy fizycznych trudności, łącząc publiczną edukację i pozwalający pokonywać ograniczenia trening teatralny (Busheikin 1987; <https://theatreterrificvancouver.wordpress.com/history/>, dostęp: 20.02.2016).

Mimo odnoszącej sukces formuły *arts-informed social work*, na gruncie polskim wciąż trudny w realizacji postulat holistycznego zaangażowania zdaje się rzutować na nikłą obecność takich alternatywnych form wsparcia.

## Teatr jako element oddziaływań w polskiej pracy socjalnej

Praca socjalna z osobami chorującymi psychicznie, które przeżywają trudne sytuacje życiowe, pod każdą szerokością geograficzną stawia oczekiwanie tworzenia społecznej sieci wsparcia: edukowania, by czynić środowisko gotowym na zaangażowanie w kwestie zdrowia psychicznego i uczenia samych chorujących strategii pozwalających uzyskać

harmonię. Polscy pracownicy socjalni, podejmując się realizacji tych postulatów, stają w obliczu niedawno skatalogowanych standardów pomocy oraz konieczności zajęcia stanowiska względem aktualnej redefinicji paradygmatu opieki psychiatrycznej – okoliczności te pozwalają sądzić, iż jest to początek drogi świadomego kształtowania roli służb społecznych w odniesieniu do aktywizacji beneficjentów z trudnościami mentalnymi.

Obecnie korzystanie z dorobku teatru w środowiskowych praktykach umacniających osoby chorujące psychicznie pozostaje działalnością wyrastającą z prywatnych inicjatyw o inklinacjach artystycznych, bądź jest jednym z elementów funkcjonowania takich instytucji wsparcia, jak Warsztaty Terapii Zajęciowej czy Środowiskowe Domy Samopomocy. Niemniej, zważywszy na fakt, iż polska praca socjalna znajduje się w momencie rozwijania metodyki kompleksowych działań względem grup wymagających specyficznego wsparcia, a poza granicami kraju medium teatru z powodzeniem jest wykorzystywane przez pracowników socjalnych, warto przyrzeć się aktualnej kondycji przedsięwzięć teatralnych w Polsce, skupiających osoby chorujące psychicznie.

## Ramy metodologiczne

Celem prowadzonych badań empirycznych było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy aktywność teatralną osób z zaburzeniami psychicznymi można uznać za formę rehabilitacji społecznej? Podstawę analizy stanowiło zrekonstruowanie obrazu grup teatralnych tworzonych przez osoby z zaburzeniami psychicznymi w wybranych ośrodkach na terenie Polski z perspektywy aktorów, reżysera/pomysłodawcy i znaczeń, jakie budują w interakcjach z publicznością.

W związku ze specyfiką obszaru badawczego zdecydowałam się na orientację jakościową, korespondującą z symbolicznym interakcjonizmem i opartym na jego założeniach paradygmatem konstruktywistycznym, owocnie wykorzystywanym zarówno w socjologii zdrowia i choroby (Rogers, Pilgrim 2014: 11–12), jak i pracy socjalnej (Humphries 2008: 87). Ujęcie to pożądanym czyni wysiłek „dokumentowania świata z punktu widzenia badanych” i ich naturalnego otoczenia (Silverman 2008: 65), akcentuje bowiem aktywną rolę aktorów społecznych w tworzeniu dynamicznej rzeczywistości (Miś 2008: 40).

Aby wydobyć niepowtarzalny kontekst i oświetlić niepodejmowaną na gruncie polskiej socjologii kwestię rehabilitacji społecznej osób chorujących psychicznie – stanowią one dominujące ogniwo zespołu teatralnego – zdecydowałam na posłużenie się wielokrotnym studium przypadku (Stake 1995). W opracowywaniu danych wykorzystałam także zalecenia teorii ugruntowanej (Charmaz 2009; Konecki 2000: 140), której interpretatywny walor wydobywałam, korzystając ze zorientowanej na konstruowanie znaczeń koncepcji Randalla Collinsa (Collins 2006; Charmaz 2009: 166–167). Teoria rytuałów interakcyjnych stanowiła bazę pomocnych w konstruowaniu arkuszy obserwacji pojęć uwrażliwiających, które jednak cechowały się podległością wobec subiektywnych znaczeń nadawanych przez badanych.

Aktywność jednostek w obliczu choroby psychicznej od czasów A. Straussa i E. Goffmana jest przestrzenią badań terenowych, toteż zdecydowałam się posłużyć uwytatniającą społeczny kontekst funkcjonowania choroby obserwacją uczestniczącą. Obserwacja uczestnicząca obejmująca próby do spektaklu (3) oraz spektakl (3), ze względu na swoją elastyczność, pozwoliła nie tylko uchwycić procesualny wymiar aktywności teatralnej, ale też zgromadzenie bogatych danych. Jej jawny charakter implikował konieczność wyrażenia zgody przez osoby objęte badaniem, co miało zapobiec ewentualnej krzywdzie, uprzedmiotowieniu i ustanowić etyczny, bliski kontakt z badanymi. Aby głębiej poznać ich perspektywę, zajrzeć za „kulisy kultury” (De Munck, Sobo 1998: 43) i dotknąć problemowych kwestii związanych z procesem teatralnym, przeprowadzałam wywiady swobodne zarówno z ekspertami – reżyserami i współzałożycielami placówek teatralnych (5), jak i aktorami (15). Podczas rozmów z drugą grupą zdecydowałam się uzupełnić dyspozycje do wywiadu o dodatkowe pytania zamknięte, co miało na celu uruchomienie wśród badanych zwartego, logicznego myślenia, ograniczającego rozkojarzenie. W celu zmniejszenia napięcia i zapewnienia poczucia komfortu, rozmowy indywidualne z aktorami zazwyczaj poprzedzane były wywiadem grupowym (3), który pozwolił na bezpieczną konfrontację subiektywnych doświadczeń z postawami i opiniami innych uczestników. Ze względu na fakt, iż badany obszar jest szczególnie wrażliwy, zrezygnowałam z użycia dyktafonu, na rzecz uzupełnienia danych materiałami audiowizualnymi (fotografie, nagrania ze spektakli), co równocześnie pozwoliło zniwelować towarzyszące obserwacji uczestniczącej zjawisko selektywnej percepcji (Hagedorn 1980: 61).

Badania były przeprowadzane w ośrodkach teatralnych największych miast Polski: Warszawie, Krakowie oraz Wrocławiu. Duże ośrodki miejskie, będące przestrzenią mniejszego od wsi dystansu społecznego względem osób z zaburzeniami psychicznymi, szerszej oferty integracji społecznej i większej gotowości do podjęcia zatrudnienia (por. Brodniak 2000: 229), spełniają przesłanki pozwalające ocenić teatralną formę aktywności osób z zaburzeniami psychicznymi w kontekście przychylnych, bo legitymizowanych miastem – egemplifikacją cywilizacji – warunków. Dobierając miejsca badań, zdecydowałam się pominąć Łódź (trzecie co do liczby mieszkańców miasto w kraju), na rzecz ośrodka wrocławskiego, który w przeciwieństwie do grup teatralnych w Łodzi czy w innych aglomeracjach, jest teatrem w pełni profesjonalnym (posiada własną scenę i zespół).

Grupy teatralne, jakie zostały objęte badaniem, to:

1. Opera Buffa w Warszawie.
2. Teatr Zgoda w Warszawie.
3. Grupa Form Dramatycznych w Krakowie.
4. Teatr Arka we Wrocławiu.

Ośrodki zostały wybrane celowo, ze względu na obecną aktywność, miejsce funkcjonowania oraz równorzędne kryterium składu zespołów teatralnych, które całkowicie lub w większości złożone są z osób z zaburzeniami psychicznymi (głównie z diagnozą schizofrenii czy chorobami ze spektrum autyzmu). Jedynym wyjątkiem był Teatr Arka, którego idea opiera się na współudziale aktorów profesjonalnych i adeptów z niepełnosprawnościami. Różnorodne otoczenie instytucjonalne miało na celu zwiększenie

wszechstronności analizowanego zjawiska. Badania przeprowadzane były od stycznia do czerwca 2015 roku. Ze względu na złożoność problemu, przedstawione w artykule wyniki będą odnosić się jedynie do wybranych konsekwencji zaangażowania osób chorujących psychicznie w teatr, który rozumiany będzie jako struktura wspierająca, umożliwiająca ujawnienie kompetencji społecznych, estetyzująca oprawę dla rozwijania relacji oraz nałożenie na rolę osoby chorej społecznie aprobowanej identyfikacji członka zespołu. Wzmacnianie podmiotowości osób chorujących psychicznie, jako rezultat ich aktywności teatralnej, zostanie zaprezentowane przez wyróżnienie takich aspektów upodmiotawiania, jak respektujące godność osoby samostanowienie czy motywujące do działania poczucie wpływu. Pojęcia te, odnosząc się do umożliwiającej autonomię kreacji i ekspresji tożsamości, są zbieżne zarówno z teorią rytuałów interakcyjnych i jej naczelnym terminem energii emocjonalnej (Collins 2006), jak i ze stosowaną w pracy socjalnej koncepcją umacniania (por. choćby Saleebey 2002).

## **Teatr jako struktura uwalniająca potencjał i wzmacniająca autonomię**

W narracjach wszystkich twórców grup teatralnych motywacją założycielską była potrzeba podjęcia artystycznego wyzwania o implikacjach pomocowych. Grupy powstawały zawsze w wyniku indywidualnej inicjatywy reżyserów, które nie godziły się z widokiem bierności osób niepełnosprawnych – wywołanym niedostateczną lub pozbawioną humanistycznego pierwiastka stymulacją, bądź na skutek doświadczenia niepełnosprawności w bliskim otoczeniu czy własnej rodzinie.

Środowiskowy charakter przedsięwzięć i chęć, by osoby chorujące psychicznie mogły wykazywać się aktywnością możliwie poza kontekstem medycznym, były pokłosiem obserwacji na gruncie zawodowym. Jedną z uczestniczek badania wyjaśnia, że inspiracją dla powstania grupy działającej obecnie w ramach Warsztatów Terapii Zajęciowej była obserwacja chałupniczej pracy pacjentów, którzy pakowali kolorowe kosmetyki:

Jak to zobaczyłam, to mnie zgroza ogarnęła, jak automaty, przy długim stole siedziało dwudziestu pacjentów, podawali i wkładali pudełeczka, następne, wkładali, następne, wkładali cień, cisza absolutna, siedzieli w jednej pozie, bez kontaktu, jak w Chaplina filmie, to było straszne dla mnie [AGK].

Inicjatorka nie była w stanie pogodzić się z myślą, że ludzie mogą być jak „chodzące automaty” (AGK), co w parze ze zdobywaniem informacji o skutkach ubocznych podawanych pacjentom leków wygenerowało pomysł stworzenia teatru, który „tchnie w nich trochę życia i będzie antidotum na usztywnienie spowodowane chorobą i lekami” (AGK).

Potrzebie wzmacniania autonomii podopiecznych towarzyszyło niedowierzanie i pobrażanie ze strony przełożonych oraz współpracowników. Opór wobec konsekwentnych wizji wprowadzania sztuki do pracy w placówkach opiekuńczych czy rehabilitacyjnych był na tyle odległy od wartości wyznawanych przez reżyserki, że generował konieczność zmiany przestrzeni działania, co widoczne jest choćby w następującej wypowiedzi:

Jestem niepokorna, więc walka, jaka tam trwała przez te trzy lata pracy w DPS (...), sztuka ich nie interesowała, bo to im się nie zwróci. Im się podobały spartakiady, które od lat angażowały tych samych kilku ludzi, a ja nie mogłam na to patrzeć – mieliśmy kompletnie inne wizje. Stwierdziłam, że nie o to chodzi, że trzeba coś naprawić, że można inaczej [AAW].

Dla wszystkich twórców grup, którzy podkreślają swoją przynależność do świata sztuki, bezpośrednim impulsem do stworzenia inicjatywy zorientowanej na współdziałanie z osobami chorującymi psychicznie była refleksyjna konfrontacja z chorobą w życiu prywatnym.

Jedna z reżyserek, odnajdująca w szpitalach psychiatrycznych i innych instytucjach totalnych osoby mogące współtworzyć zespół teatralny, powołała do życia teatr, abstrahując od etykiet czy diagnoz, głównie ze względu na osobiste doświadczenie niepełnosprawności dziecka oraz powiązane z nim nieetyczne zachowanie personelu medycznego.

Kolejna z pomysłodawczyń, mieszkająca w pobliżu szpitala psychiatrycznego poetka, zafascynowana faktem, iż „nieosłonięte okna pokazują nieosłoniętych chorych” (KW), postanowiła napisać sztukę o niezrozumianym i zaszczytnym przez otoczenie fizyku, który trafia na leczenie psychiatryczne, a propozycję jej wystawienia skierowała do pacjentów dziennego oddziału szpitala psychiatrycznego i klubu wspierającego osoby chore oraz ich rodziny.

Wydobywanie uczestników zespołu teatralnego zarówno z instytucji totalnych, jak i tych stanowiących element oparcia środowiskowego, podyktowane było potrzebą urzeczywistnienia projektu, który oferuje rozwój wszystkim swoim członkom w atmosferze względnej niezależności i wymaga nieschematycznego wykorzystania wszelkich posiadanych kompetencji. Grupą odniesienia porównawczego do tworzonych teatrów stał się więc szpital psychiatryczny czy gabinety psychoterapii, z którymi nie chcieli się identyfikować ani twórcy, ani chorujący. Teatr, w intencji pomysłodawców, pozwalał na prymat szczerej komunikacji poza unifikującą, biurokratyczną strukturą i związaną z nią rywalizacją:

Jesteśmy w zupełnie innych relacjach, niż lecznicze, pracujemy jako partnerzy, przyjaciele, wiemy o sobie dużo [AAW].

Sensem istnienia badanych grup teatralnych jest solidarność oparta na zaufaniu i ludzkiej wymianie doświadczeń. Mimo obecnej w narracjach ekspertów orientacji artystycznej legitymizowanej ich wykształceniem, teatr konceptualizowany jest *per se* – jako konstrukcja wymagająca pracy nad emocjami, pozwalająca na owocną konfrontację z trudnym, a nawet paraliżującym aktywność doświadczeniem w biografii.

## **Samostanowienie w wymiarze organizacyjnym i osobowym**

Krytyczne emocjonalne zdarzenie leżące u podstaw charyzmatycznych inicjatyw teatralnych, choć dramatyzowało ścieżki kariery zawodowej oraz życie rodzinne pomysłodawców,



stanowiło równocześnie możliwość funkcjonowania w nowej roli, która implikowała intensywne nawiązywanie nowych i rozwijanie istniejących już relacji. Powołujący do istnienia grupy teatralne – idąc za myślą Durkheima – uzyskali wysokie wartości *energii emocjonalnej* – moralnie nasyconej siły woli, cechującej się odwagą podjęcia działania, śmiałością w podejmowaniu inicjatywy (Collins 2006: 54). Wysoki poziom energii emocjonalnej, napędzany potrzebą ekspresji i chęcią uwolnienia się od instytucjonalnych ograniczeń, implikował na tyle silną konieczność utrzymania niezależności, że większość badanych grup zręby funkcjonowania oparła na dobrowolności i bezinteresowności całego zespołu, co widoczne jest jeszcze bardziej w kształcie administracyjnym. Jedną z pomysłodawczyń ujmuje tę kwestię w następujący sposób:

Charakterystyka prawna: „pełne bezprawie”, tzn. pozainstytucjonalność, całkowita niezależność. Występujemy i próbujemy tam, gdzie jesteśmy mile widziani. (...) Teraz wszyscy wiedzą, że jesteśmy non-profit, i na nic nie liczą [KWW].

Obciążenie wynikające z ryzykowej postawy implikującej choćby brak stabilnego wsparcia finansowego czy posiadania stałej siedziby rekompensuje mobilizująca orientacja na symbiozę – konstytuującą grupę współzależność. Wyzwanie tworzenia wspólnych z osobami chorującymi psychicznie grupowych norm, wzajemne potwierdzanie oryginalności podejmowanych działań sprawiają, że dla pomysłodawców chorujący psychicznie stają się uogólnionym innym. Zamyśl, by organizacyjny profil konstruować wraz z osobami chorującymi, spleta więc emocjonalne skutki autonomii z realizacją potrzeby kontroli (Lawler 1992). Mimo wspólnego definiowania kształtu sztuki, dowolności przy wyborze roli czy braku wymiernych konsekwencji w przypadku absencji aktorów na spektaklu – zapewnienie bezpieczeństwa, stabilności i komfortu pracy twórczynie uważają za swój nadrzędny obowiązek. Odpowiedzialność za dzieło wynika z nastawienia na efekt artystyczny, niemniej to właśnie ona buduje most solidarności między chorymi a zdrowymi.

Perspektywa ponoszenia odpowiedzialności, przy jednoczesnej wolności w podejmowaniu decyzji, była najważniejszą motywacją osób chorujących, które zdecydowały się zostać członkami badanych grup teatralnych. Sam akt umożliwiający wyrażenie potencjalnego uczestnictwa w zespole eksponuje bowiem relacyjny charakter samostanowienia, pozwalający stawiać opór wobec pasywnej roli chorego i zmanifestować niezbędne dla zdrowienia posiadanie zasobów, dysponowanie mocą w interakcji (por. Wehmeyer, Garner 2003; Sointu 2006).

Osobista, bezpośrednia prośba i możliwość odrzucenia oferty, która pada z ust reżyserki, a więc osoby o wyższym statusie, była na tyle nobilitująca, że – zdaniem badanych – przesądzała o współtworzeniu czy dołączeniu do zespołu, co widoczne jest choćby w następujących wypowiedziach:

Pani Agatka powiedziała, czy chcemy pracować w teatrze, czy chcemy z panią Agatką udziały jakieś brać – myśmy się zgodzili [AW].

Przyszedłem, bo poproszono mnie i pomyślałem, dlaczego nie [KWK].

Był taki wieczór 1996 roku, wtedy pani Agnieszka podeszła do mnie i mówiła czy bym zagrał w spektaklu dla naszych uczestników, w Zawoi, ja wtedy wyraziłem zgodę (...) [KK].

Personalna decyzja o przystąpieniu do grupy pozwala na świadome przeżywanie sprawstwa, na poczucie mocy płynącej z samodzielnej decyzji, która zaspokaja możliwość realizacji norm preskryptywnych, a więc słusznego zachowania, ale też – podobnie jak inicjująca powstanie teatru decyzja reżyserki – staje się obiektem świętym dla danej grupy teatralnej; jest wartością, przez pryzmat której jednostka strukturyzuje wszystkie kolejne działania (Collins 2006: 202). Można więc powiedzieć, że wolność wyboru jako zasada funkcjonowania zespołów teatralnych wzmacnia motywację, a świadomość i orientacja na konsekwencje wypływające ze zgody na współtworzenie grupy ujawniają realizującą się we wspólnocie indywidualność podmiotu.

### **„Najważniejsze jest to, że mogę...” – poczucie wpływu w obliczu budowania kompetencji**

Uczestnictwo w formacji teatralnej prezentuje typ działania społecznie aprobowanego, związanego ze swoistym obdarowywaniem, stwarza możliwość uczciwego wyrobienia sobie marki (Goffman 2006: 186) i wykorzystywania posiadanych zasobów. Zasoby te po części pochodzą z porządku konsumpcji artystycznej, o charakterze niematerialnym, implikującym zanurzenie w przyzywanym przez niespełnienie i cierpienie – świecie wartości, ale też możliwe do przełożenia na materialną płaszczyznę życia, na weryfikowalne kompetencje. Trening umiejętności immanentnie powiązany z tworzeniem spektaklu, nawet jeśli nie jest silnie ustrukturuwany, daje szansę nieskrępowanej, wyzwalonej sytuacyjnie ekspresji:

Najważniejsze jest to, że mogę, że mogę! [PK]

Ta krótka, choć pełna emfazy wypowiedź jednego z aktorów nie pozostawia wątpliwości, że sama potencjalność symbolicznego wyrażania emocji, aktywnego włączenia w przewidziany scenariuszem bieg wypadków, stanowi najistotniejsze doświadczenie spośród wszystkich konsekwencji przynależności do grupy teatralnej. Można zaryzykować stwierdzenie, że ramy teatru, oferując możliwość bezpiecznego manifestowania niezależności czy ambicji, stają się dla chorujących psychicznie przestrzenią samorealizacji. Praca aktora nad rolą, będąca jednocześnie wnikaniem w postać nakreślonego scenariuszem „innego”, ale też samoobserwacją i dążeniem do osiągnięcia stanu samorozumienia, przynosi satysfakcję, której pragmatyczne oblicze ujawnia się w kontynuacji cytowanej wypowiedzi:

Ważne są dla mnie ćwiczenia na wymowę, interpunkcję taką, głosowe ćwiczenia dużo mi dają [PK].

Sprawne posługiwanie się aparatem mowy, które umożliwia wzięcie udziału w przedstawieniu, a szerzej: podjęcie satysfakcjonującego dialogu, udoskonalane dzięki nieustannej konfrontacji aktora z sobą samym czy resztą grupy, angażuje osobę w tożsamość. Wysyłanie zrozumiałego komunikatu i jego aprobatywny odbiór owocują przejawiającym się we wzroście poczucia wpływu potwierdzeniem tożsamości – doświadczeniem siebie jako kompetentnego nadawcy (por. Turner, Stets 2009: 136). Waga tego doświadczenia jest tym większa, że zaburzenia psychiczne charakteryzują się dezorganizacją procesu myślenia czy brakiem panowania nad emocjami, które ze względu na rozbieżność z normami kulturowymi generują wstyd, są powodem wycofania z interakcji. Teatr pozwala zweryfikować leżące u podstaw stereotypu chorego przekonanie o niemożności komunikowania się z osobą z zaburzeniami psychicznymi, które paraliżuje potrzebę autoprezentacji. „Umiejętność zachowania równowagi pod presją”, wywołująca u publiczności szacunek i zaufanie (Goffman 2006: 78), staje się więc istotna dla podejmowania wszelkich działań pozwalających na jednoczesne wyrażenie siebie i pozytywne zadośćuczynienie społecznym oczekiwaniom.

Najsilniej obecna w narracjach była umiejętność pokonywania strachu przed prezentacją roli, która stanowi wynik ciągłego krzyżowania się wielopoziomowych relacji między zachowaniami jednostek a ich wnętrzami:

Bałam się czy podołam występować na scenie, to było dla mnie przerażające, ale chciałam spróbować i udało się [EW].

Dla mnie najważniejsze jest przezwyciężenie tremy (...). Ja byłem taki nieśmiały (...). Nawet w szkole na akademii przyszło mi czytać tekst i trema, to od razu zatykanie się, mylenie się w tekście, w wojsku to samo miałem, co drugie zdanie musiałem przerywać, bo trema mnie paliła po prostu [KK].

To jest wielkie przeżycie i radość, że mogę opanować tę tremę. Zawsze myślałam, że nie jestem w stanie wziąć udziału w spektaklu jako aktorka, ponieważ za bardzo jestem strachliwa i w ogóle nieśmiała. Odważyłam się i biorę udział w tych spektaklach, daje mi to dużo radości i jest to dla mnie zawsze duże przeżycie [LK].

Występowanie na scenie funkcjonujące w świadomości społecznej jako ryzyko interakcyjne stanowi dla chorujących aktorów możliwość zaświadczenia o umiejętnym zarządzaniu emocjami. Konieczność polegania na sobie, by przełamać negatywne emocje i odważyć się stanąć przed publicznością, mobilizuje cały zespół, każdemu ze swoich członków nakazuje zorientować się w posiadanych umiejętnościach – poszukiwaniu najlepszych strategii niwelowania bariery stresu. Wpisany w scenariusz kulturowy żywioł sceniczny promuje elastyczność, wrażliwość i szybkie reagowanie na zachowania partnerów czy publiczności, toteż generująca sztywność nadmierna kontrola, nawet jeżeli towarzyszy aktorom w życiu codziennym, na deskach teatralnych grozi rozczarowaniem, a co gorsza, porażką całego spektaklu. Prezentacja roli wymaga równowagi, uzgadniania interpretacji gestów innych z refleksją nad uspołnieniem tożsamości, które, jeśli jest

przepelnione autentyzmem, może stać się satysfakcjonującą prezentacją owoców „symbolicznego uczenia się”:

Nauczyłam się, że (...) jak sama się cieszę tym, to wychodzi mi dobrze. Wiem, że jak ja się dobrze czuję i bawię, to dla widza też jest zabawa [LK].

Kiedy twórcze znaczy tyle, co przystosowawcze, teatr – z założenia posiadający funkcję społecznego scalania – staje się ramą dla wyzwalań i kształtowania kompetencji społecznych. Mediujący między obawą a odwagą chorujący psychicznie aktorzy, korzystając z informacji płynących od innych uczestników przedstawienia, spełniają się w działaniu. Pokonywanie własnych ograniczeń doświadczane przez kierowanie własnymi emocjami, postrzeganie siebie jako zdolnej do wywoływania określonych zachowań innych osób, aktywnej osoby w relacji, badani uważają za wzmacniający emocjonalnie moment przełomowy.

## Estetyczna oprawa ważnych relacji

Zakotwiczona symbolicznie estetyzująca oprawa publicznej prezentacji pomaga budować prestiż przynależny pozycji aktora, który bez względu na formę sztuki zawsze stymuluje zaangażowanie. Organizacja sceny i widowni, ale też światła, fonosfery czy wizualnych aspektów scenografii za cel ma skupienie uwagi na osobie. Na podstawie obserwacji można stwierdzić, że spektakl, pozwalając przechwycić płynące z dźwięków, światła i obrazów – energię i znaczenia, umożliwia aktorom uzupełnienie lub wręcz stworzenie postaci. Jednocześnie aktywizacja łączących symboli, przy równoczesnym wydobywaniu specyficznych zasobów zespołu, pozwala widzom na scalenie scenicznej kreacji – publiczność utożsamia się z aktorami. Entuzjazm płynący z przeżywania więzi, legitymizowany samą nawet obecnością oglądających, buduje pewność siebie, która przenosi się na relacje pozateatralne, co pokazują choćby takie wypowiedzi badanych:

No i mam uznanie w rodzinie, co robię. Rozmawiamy o tym i są dumni [KWK].

To jest zawsze wydarzenie u nas w rodzinie, jak przyjeżdżam, to tam oglądają, i dzieci siostry oglądają w domu (nagrane spektakle). Robimy takie spotkanie towarzyskie z tego powodu, że oglądaliśmy [LK].

Spektakl jest świadectwem, że osobie chorującej psychicznie nie brakuje kapitału symbolicznego, a przy odpowiednim wsparciu pomyślnie może przejść widoczną choćby w przestrzeganiu standardów komunikacji „próbę charakteru” (por. Goffman 2006: 244–247). Publiczna aprobata, silniejsze od stereotypu zaburzeń psychicznych bliskość, solidarność chorujących z anonimową do pewnego stopnia publicznością, wzywają rodzinę i znajomych do rewizji osobistych więzi. Legitymację traci narzucanie statusu poza „sercem” wspólnoty rodzinnej, bagatelizowanie potrzeb czy uprawomocniający

reglamentowanie autonomii paternalizm. Konsekwencje prezentacji nabytych przez członków grupy teatralnej umiejętności pozwalają więc uznać autentyczną ekspresję za stymulator społecznej aprobaty, zawieszającej, a nawet modyfikującej rutynę przekonań.

## Konfrontacja roli chorego z pozytywną identyfikacją

Spełniając oczekiwania wobec roli aktora, osoby po kryzysach psychicznych budują tożsamość kategoriałną sprzeczną z narzucanym im, kryminalizującym i zmedyalizowanym, statusem chorego. Choć na co dzień mają ograniczony dostęp do wydarzeń budujących prestiż, szacunek, a więc waloryzowanych pozytywnie, podczas spektaklu intensywnie manifestują fakt bycia członkiem społeczeństwa odpowiedzialnie uczestniczącego w sytuacji, w której cenione wartości są po jego stronie. Znajdując społeczne wsparcie dla ekspresji i fundujących ją emocji, chorujący z powodzeniem godzą wzrastający współcześnie „stopień nacisku na kult indywidualności oraz chęć sprawienia, żeby ten kult był tak inkluzyjny, jak jest to możliwe” (Collins 2006: 419). Zaproszenie do świata przeżyć aktorów jest w większości wypowiedzi samych chorujących uważane za coś cennego, wartego przekazania, a co więcej, pojmowanego w kategoriach zdrowia, ofiarowania, które zostaje przyjęte:

To nam daje wielką satysfakcję, że my z siebie coś potrafimy, że coś jesteśmy warci, że mimo tych naszych zmagających z chorobą, no to my możemy dać ludziom, coś przekazać, z nimi być właśnie w takim kontakcie. To trzeba przeżyć, bo to się nie da opowiedzieć [EW].

Gramy samych siebie. Jak z innymi rozmawiałam, to powiedzieli, że się podoba, że nic bym tu nie zmieniała, nic bym tu nie ujęła, jednak się podobało. Tak to wyglądało, jakby normalni ludzie grali [AW].

Widoczna choćby w powyższej wypowiedzi zależność między podwyższoną aktywnością interpersonalną a zwiększaniem emocjonalnych wypłat dzięki spektaklom pozwala aktorom na obiektywizowanie samooceny, na przekonanie o tym, że diagnoza choroby psychicznej nie dyskredytuje, co więcej: może być niosącym możliwość podzielenia się własnym doświadczeniem punktem biografii. Towarzyszące możliwości wystąpienia w przedstawieniu pozytywne emocje, oczekiwanie, że prezentacja spotka się z aprobatą, wraz z chęcią empirycznej weryfikacji tkwiących w osobie chorej zasobów, nie mijają nawet wtedy, gdy objawy chorobowe nasilają się. Wątek podejmowania aktywności, mimo obiektywnych przesłanek mogących usprawiedliwić nieobecność aktorów, podnosili badani ze wszystkich grup teatralnych.

Jeden z członków warszawskiego zespołu odwołał się do doświadczenia pobytu na oddziale zamkniętym. Pomimo iż był w psychozie, tak mocno przywiązał się do myśli o występie, że prosił dyrektorkę Tworek, by wyraziła zgodę na przepustkę: „Jestem aktorem, jest międzynarodowa konferencja, mam wykład na UW” [MW]. Skierowana w stronę chorego odpowiedź: „Dobrze, dobrze Panie Mirku, jest Pan przemęczony,

proszę się położyć” [MW], poskutkowało tylko chwilowo, nie osłabiając dalszych – nieskutecznych prób – wyegzekwowania zwolnienia ze szpitala na czas spektaklu. Dopiero interwencja reżyserki, która na kilka dni przed spektaklem przedstawiła sytuację w podobnym kształcie jak rzeczony aktor, pozwoliła udrożnić procedurę uzyskania przepustki, która stała się środkiem materialnym niezbędnym do przeprowadzenia przedstawienia zgodnie z założeniami.

Wartość działań podejmowanych przez aktora wzrosła także dzięki wręczeniu potwierdzającego uczestnictwo w konferencji identyfikatora – symbolu przynależności nie tylko do grupy teatralnej, ale społeczności profesjonalistów. Determinacja do przewycięzania niezrozumienia nawet w środowisku mającym sprzyjać rehabilitacji i przełamanie bierności powiązanej z rolą pacjenta wskazują na przeplatanie się znaczących dla osoby identyfikacji, które dodatnio waloryzują rolę osoby działającej zarazem wbrew i zgodnie z kulturowym scenariuszem. Pozwalają też spojrzeć na teatr jako na przestrzeń uwalniającą pokłady życiowej siły, umożliwiającej pokonanie wielu przeszkód, by sprostać zaufaniu reżysera i grupy, ale przede wszystkim wymaganiom postawionym wobec siebie jako *homo dramus* i *homo communicativus*.

Podyktowana rytualnym charakterem sytuacja spektaklu podnosi poziom energii emocjonalnej: wzmacnia motywację, koncentrację, emocje, których poziom rośnie przed samym wejściem na scenę, pozwalając uzyskać rezultat, jak się wydawało, niedostępny dla poszczególnego aktora. Świadczy o tym także choćby ta wypowiedź jednej z reżyserek:

Jeden z uczestników się rozchorował, wylądował na oddziale, a tu nas zaprosili do Szczecina ze spektaklem. Poszłam, rozmawiałam z panem Markiem, a on, że OCZYWIŚCIE, że jedzie, że OCZYWIŚCIE, że jedzie. I dokładnie było tak, podjechaliśmy busem pod oddział, pan Marek wsiadł do busa, zagrał w przedstawieniu, ogromnie się zmobilizował, a skoro był na zamkniętym oddziale, to naprawdę był chory [AGK].

Mimo dużego wysiłku, który aktorzy wkładają w pojawienie się na scenie, motywacja do prezentacji roli nawet podczas nasilonych objawów nie słabnie, a służy wzmacnianiu i odbudowywaniu zranionej tożsamości. Szanowany społecznie status aktora przyczynia się do widocznej mobilizacji, owocującej nie tylko zintensyfikowaną prezentacją możliwości członków grup teatralnych, ale też gromadzeniem wyzwalającej energii, doświadczeniem dobrego samopoczucia, które wykracza poza spektakl:

Ja się dużo lepiej czuję po takich spektaklach, udanych zwłaszcza. Po prostu spektakl się kończy, a we mnie się rozpala coś [KWK].

Ja mam taką wewnętrzną potrzebę, że pomimo tych przeszkód, co mieliśmy z tymi salami z tym wszystkim, i że spektakl się robi bardzo długo, bo jeden się robi najszybciej to pół roku, ale ja mam taką właśnie, niezaspokojona taka jestem wewnętrznie, że chciałabym więcej grać, żeby więcej było tych spektakli, w więcej miejscach gdybyśmy mogli występować, i wtedy taki człowiek by był zachęcony, bardziej zmotywowany do tego. I więcej, na więcej scenach i więcej z siebie dawać, żeby osiągać więcej [EW].

Wartość intensywnych, doświadczanych zbiorowo emocji przesądza o istotności doświadczenia, widocznej stymulacji do dalszego uczestnictwa w grupie i doskonalenia zdobywanych tam umiejętności, nawet gdy występują trudności logistyczne. Transformując rolę chorego w działającego aktora, zabiera całym sobą głos we własnej sprawie; wydobywa pragnienie kontaktu ze środowiskiem, które wbrew obiegowym opiniom o niezdolności do pracy nad sobą pozwoli mu na samodoskonalenie. Udane spektakle stają się uniesieniem ponad ograniczeniami, doświadczeniem międzyludzkiej więzi, która wszystkich zaangażowanych powołuje do świadczenia o możliwości podnoszenia jakości funkcjonowania chorujących i niezgodności stereotypów z rzeczywistością.

## Wnioski i perspektywy dla pracy socjalnej

Amortyzująca ryzyko naruszenia godności afirmacja samostanowienia, będąca fundamentem powołania badanych teatrów do istnienia, strukturalnie już wykształca przekonanie o potrzebie samodzielności. Obecna zarówno wśród pomysłodawców, jak i aktorów solidarna potrzeba dokonywania wyborów, demokratycznie wdrażana od momentu wstąpienia do zespołu i rozciągająca się na cały proces skutkujący wystawieniem spektaklu, pozwala chorym dostrzec w sobie osobę zdolną do podejmowania decyzji. Atrakcyjność interpersonalna, wydobywana także na mocy konwencji teatralnej przez samo pojawienie się na scenie członków zespołu, spaja szczególnym doświadczeniem wspólnego wysiłku w pokonywaniu trudności, ekspresji wymagającej pracy nad emocjami. Możliwość znaczącego, więziotwórczego przeżycia, dzięki eksponowaniu nabywanych w procesie przygotowań do spektaklu umiejętności wraz z estetyzującą obudową sceniczną, jest wykorzystaną okazją, by w preferencyjnych okolicznościach eksponować własne sprawstwo. Dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które współtworzą grupy teatralne, ów moment wyzwala pragnienie aktywnego uczestnictwa w życiu społecznym staje się ważnym elementem życia rodzinnego – manifestacją uzyskiwania społecznej aprobaty, mimo obciążających diagnoz czy skomplikowanych relacji z najbliższymi. Demonstrowanie autonomii i jednocześnie przynależności do grupy teatralnej, będącej dla jej członków punktem oparcia, jest na tyle istotne, że umożliwia konieczną do współtworzenia spektaklu mobilizację nawet wtedy, gdy objawy choroby nasilają się. Aktorzy za bardziej autentyczną przyjmują więc daleką od stereotypowego wizerunku rolę, pozwalającą na umacnianie ich sprawstwa, co stanowi fundament rehabilitacji społecznej.

Pracownik socjalny zajmujący się rehabilitacją na płaszczyźnie społecznej odnosi się nie tylko do aspektu efektywności, ale komponentu emocjonalnego, którego konstruktywne wykorzystanie, choćby poprzez nawiązanie współpracy z grupą teatralną, może przesądzić o sukcesie i możliwie pełnej aktywizacji. W przypadku pracy z osobami chorującymi psychicznie, gdzie wypracowanie motywacji do przełamania izolacji wraz z orientacją na samodzielność jest niejednokrotnie procesem trudnym, uwikłanym w niechęć rodziny do zmian, aktywność teatralna staje się jednym z możliwych kontekstów zakotwiczenia

pracy socjalnej – pomocy nie wprost, która pozwala na kreatywne zainicjowanie bądź zmaksymalizowanie oddziaływań wspierających.

## Bibliografia

- Badania wpływu kierunku i poziomu wykształcenia na aktywność zawodową osób niepełnosprawnych. Raport końcowy, część 5. Perspektywa osób chorych psychicznie*, PFRON 2009 (2009); [http://www.pfron.org.pl/portal/pl/70/77/Badania\\_i\\_analizy\\_PFRON.html](http://www.pfron.org.pl/portal/pl/70/77/Badania_i_analizy_PFRON.html) (dostęp: 20.02.2016).
- Biley F., Galvin K.T. (2007). *Lifeworld, the arts and mental health nursing*. „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing”, 14, 8: 800–807.
- Brodniak W.A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Busheikin L. (1987). *Theatre group enables the disabled, The Summer Ubyssy*, August 12, 1987: 4; [http://mentalhealthintegration.com/media/whitepaper/eiu-janssen\\_mental\\_health.pdf](http://mentalhealthintegration.com/media/whitepaper/eiu-janssen_mental_health.pdf) (dostęp: 20.02.2016).
- CBOS – Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego, *Komunikat z badań BS/105/2008* (2008). Warszawa, lipiec.
- Charmaz K. (2009). *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, przeł. B. Komorowska. PWN, Warszawa.
- Collins R. (2011). *Łańcuchy rytuałów interakcyjnych*, przeł. K. Suwada. Nomos, Kraków.
- Crawford P., Brown B., Tischler V., Baker C. (2010). *Health Humanities: The Future of Medical Humanities?* „Mental Health Review Journal”, 15: 4–10.
- De Munck V.C., Sobo E.J. (red.) (1998). *Using methods in the field: A practical introduction and casebook*. Altamira Press, Walnut Creek.
- Economist Intelligence Unit, *Mental health and Integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*; [http://www.janssen.ie/sites/stage-janssen-ie.emea.cl.datapipe.net/files/FINAL%20WHITE%20PAPER%20%20PHIRPSY10140001\\_v1.0.pdf](http://www.janssen.ie/sites/stage-janssen-ie.emea.cl.datapipe.net/files/FINAL%20WHITE%20PAPER%20%20PHIRPSY10140001_v1.0.pdf) (dostęp: 20.10.2016).
- England H. (1986). *Social work as art: Making sense for good practice*. Allen and Unwin, London.
- Evans H.M., Greaves D. (2000). *Medical Humanities*. „Journal of Medical Ethics: Medical Humanities”, 26, 1: 1–2.
- Garden R. (2015). *The medical or health humanities are in essence a form of advocacy, a means of addressing a problem of underrepresentation*. „Medical Humanities”, 41, 2: 77–80.
- Gjaerum R., Ineland J., Sauer L. (2010). *The story about theatre organizations, the public's approval, and the actors identity formation in nordic disability theatre*. „Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation”, 9, 4: 254–273.
- Goffman E. (2006). *Rytuał interakcyjny*, przeł. A. Szulżycka. PWN, Warszawa.
- Hagedorn R. (1980). *Sociology*. Holt, Rinehart and Winston, Toronto.
- Hinshaw S.P. (2007). *The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford University Press, New York.



- <https://theatreterrificvancouver.wordpress.com/history/> (dostęp: 20.02.2016).
- Humphries B. (2008). *Social Work Research for Social Justice*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Konecki K.T. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Lawler E.J. (1992). *Affective Attachments to Nested Groups: A Choice-Process Theory*. „American Sociological Review”, 57: 327–336.
- Miś L. (2008). *Konstruktywizm/konstrukcjonizm w socjologii, pracy socjalnej i terapii*, w: L. Miś (red.), *Praca socjalna skoncentrowana na rozwiązaniach*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”. Instytut Socjologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 14: 27–47.
- Mupedziswa R. (1998). *AIDS in Africa: The Social Work Response*. „Journal of Social Development in Africa”. School of Social Work, Harare.
- Patnaik S. (2008). *Theatre and Education: A Different Interpretation for India*, w: L. Joubert (red.), *Educating in the arts – The Asian experience: Twenty-Four Essays*. Springer, Dordrecht: 301–312.
- Raport nr 10: Wyniki i wnioski z ogólnopolskiego badania sondażowego przeprowadzonego w ramach projektu pt.: *Ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości osób niepełnosprawnych* (2010). SWPS, Warszawa.
- Richmond M. (2014). *The long view*. Russel Sage, New York 1930, w: C. Bisman, *Social work: Value-guided practice for a global society*. Columbia University Press, New York: 46.
- Rogers A., Pilgrim D. (2014). *A Sociology of Mental Health and Illness*. Open University Press, Maidenhead.
- Saleebey D. (2002). *The strengths perspective in social work practice*. Allyn & Bacon, New York.
- Silverman D. (2008). *Interpretacja badań jakościowych*, przeł. M. Głowacka-Grajper, J. Ostrowska. PWN, Warszawa.
- Siporin M. (2009). *Artistry in social work practice*. iUniverse.com, New York, Bloomington.
- Sliep Y. (2006). *HIV/AIDS through a social health lens: Narrative theatre as a community based HIV/AIDS strategy*, w: M. Kasiram, R. Partab, B. Dano (red.), *HIV/Aids in Africa: The not so silent presence*. Print Connection, Durban: 89–100.
- Sointu E. (2006). *The search for wellbeing in alternative and complementary health practices*. „Sociology of Health & Illness”, 28, 3: 330–349.
- Stake R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Sage, London.
- Turner J.H., Stets J.E. (2009). *Socjologia emocji*. PWN, Warszawa.
- Wehmeyer M.L., Garner N.W. (2003). *The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning*. „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities”, 16: 255–265.
- Westerling M., Karvinen-Niinikoski S. (2010). *Theatre enriching social work with immigrants– the case of a Finnish multicultural theatre group*. „European Journal of Social Work”, 13, 2: 261–270.